

ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ODONTOLOGIA

**MONOGRAFIA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**Avaliação da condição socioeconômica familiar e  
condição bucal de escolares de 2 a 6 anos de idade**

BAURU  
2021

# **Avaliação da condição socioeconômica familiar e condição bucal de escolares de 2 a 6 anos de idade**

Monografia de Iniciação Científica apresentada pela aluna Rafaela Sita e Souza Bragante, do curso de Odontologia do Centro Universitário Unisagrado, sob a orientação da Profa. Dra. Joselene Martinelli Yamashita.

BAURU  
2021

## Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo  
com ISBD

B813a	<p>Bragante, Rafaela Sita e Souza</p> <p>Avaliação da condição sócioeconômica familiar e condição bucal de escolares de 2 a 6 anos de idade / Rafaela Sita e Souza Bragante. -- 2021. 39f.</p> <p>Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Joselene Martinelli Yamashita</p> <p>Monografia (Iniciação Científica em Odontologia) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP</p> <p>1. Atenção em saúde bucal. 2. Criança. 3. Levantamento epidemiológico. 4. Cárie dentária. I. Yamashita, Joselene Martinelli. II. Título.</p>
-------	--

## RESUMO

A avaliação da condição bucal das crianças, principalmente em idade escolar, é imprescindível para adotar as medidas de tratamento e prevenção de doenças bucais adequadas. Por essa razão, os objetivos do presente estudo foram: avaliar as condições socioeconômicas e bucais de crianças de 2 a 6 anos que frequentam uma escola municipal. O presente estudo é um Estudo Transversal, composto 74 crianças. A pesquisa foi realizada em duas etapas: a primeira o aceite dos pais e preenchimento do questionário socioeconômico e informações sobre os hábitos alimentares, higiene bucal e deletérios da criança; a segunda etapa a avaliação bucal das crianças. Para essa avaliação, foram utilizados os índices preconizados pela Organização Mundial da Saúde. A cárie dentária foi analisada por meio do CPO-D/ CPO-S para dentes permanentes e ceo-d/ceo-s para dentes decíduos. Para avaliar a fluorose, foi utilizado o índice de Dean. Além disso foram coletadas as informações de peso e altura das crianças para análise antropométrica (IMC por percentil). Após a avaliação e análise do questionário, as crianças que necessitavam de tratamento foram encaminhadas para a Unidade Saúde da Família da Vila São Paulo. A condição socioeconômica da maioria das crianças foi considerada baixa. O nível de escolaridade dos pais mais prevalente foi o Ensino Médio Completo. Em relação a cárie dentária, 93,2% estavam livres de cárie, 4,1% com cárie em dente decíduo e 2,7% com cárie em dentes decíduos e permanentes. Os resultados mostraram que a condição socioeconômica parece não ter influenciado a condição bucal das crianças regularmente matriculadas no Centro Comunitário, visto que a prevalência de cárie dentária foi baixa.

**Palavras-chave:** Atenção em Saúde Bucal. Criança. Levantamento epidemiológico. Cárie dentária.

## 1. INTRODUÇÃO

A Epidemiologia é principal recurso para realizar o diagnóstico das condições de saúde nas coletividades humanas, sendo imprescindível para o planejamento e avaliação das ações em Saúde Coletiva (Oliveira, 2013). Em Odontologia, a epidemiologia é aplicada para o diagnóstico coletivo das doenças bucais mais prevalentes desde o final da década de 1930 (Oliveira, 2013).

Os estudos de base populacional são fundamentais para nortear o planejamento e a tomada de decisões em políticas públicas de saúde (Jokovic et al., 2002). Nas últimas décadas houve uma diminuição significativa na prevalência da cárie dentária no Brasil e no mundo, principalmente em crianças e adolescentes (Freysleben et al., 2000; Nadanovsky, 2000; Almeida et al., 2003; Martins et al., 2006; Tagliaferro et al., 2008; Bonecker et al., 2010; Han et al., 2010). Todavia, observa-se que essa redução veio acompanhada pela polarização da doença, caracterizada pela concentração dos mais altos índices de cárie em pequenos grupos populacionais dentro de um mesmo país ou região (Burton et al., 1984; Burt, 1994; Downer, 1994), ocasionando uma desigualdade na experiência de cárie dentária entre os diferentes níveis socioeconômicos (Al-Mohammadi et al., 1997).

O índice preconizado pela OMS para a avaliação da cárie dentária é o CPOD para dentes permanentes e ceod para dentes decíduos. Esse índice foi desenvolvido por Klein e Palmer, em 1937, para mensurar e identificar a “taxa de ataque de cárie dentária” na dentição permanente em grupos populacionais (Klein e Palmer, 1937). Considerando o avanço da ciência, houve também a necessidade de rever e adaptar esse índice para que continuasse a ser utilizado em levantamentos epidemiológicos (WHO, 1997). A unidade de análise do CPOD é o dente e, por essa razão, o total de dentes afetados reflete a severidade da doença para a população estudada. Após o diagnóstico de dentes cariados, perdidos e obturados, o índice engloba as histórias progressas e atuais da doença num determinado indivíduo, expressando como a cárie dentária afetou ou está afetando sua dentição (Thylstrup; Fejerskov, 1978).

A atenção em saúde bucal é uma das estratégias para definir as áreas de atuação e conhecimento da realidade da população, esses fatores são

essenciais para realizar o planejamento das ações e estratégias. Os levantamentos epidemiológicos, por meio de questionários e avaliação da condição bucal, contribuem para coletar informações para realizar o planejamento de ações que visam a prevenção de doenças e promoção da saúde. Por essa razão, o objetivo do presente estudo será avaliar a condição bucal e socioeconômica de em de 2 a 6 anos de idade.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A saúde bucal em crianças ainda é algo que precisa de mais atenção e maior cuidado. Os pais e responsáveis ainda possuem muitas dúvidas em relação à orientação e aos cuidados necessários a serem tomados, e, conseqüentemente, altos são os índices de cárie na faixa etária de 3 a 10 anos. Diante dessa situação, é preciso um controle efetivo dos agentes envolvidos na etiologia da cárie. O controle pode se efetivar por meio de escovação e fio dental - métodos mais eficazes - e também por meio do uso de dentifrícios fluoretados e antissépticos bucais - métodos auxiliares -, ambos como instrumentos de controle de placa. (NÓBREGA, 2013, <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-25772013000600006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772013000600006)>).

Como anteriormente citada a existência de altos índices de cárie, iremos abordá-la como sendo o problema bucal que mais acomete crianças na idade pré escolar. E muitos são os fatores que resultam na cárie dentária, sendo como principais: a ingestão de carboidratos, a falta de ou na higienização, facilitando o acúmulo de placa, e o baixo nível socioeconômico. (MARTELLO, 2012, <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000100010](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100010)>).

Nesse diapasão, a cárie dentária é uma doença infecciosa induzida pela dieta e que, mesmo com o aumento de consumo do flúor (que ajuda na prevenção dessa doença), acomete muito as crianças do que os adultos. (RIBEIRO, 2004, <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700012&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700012&script=sci_arttext&tIng=pt)>).

Aliás, segundo a etiologia, a cárie dentária é considerada uma doença infecto-contagiosa e multifatorial desencadeada por três fatores primários: micro-organismos e substrato cariogênicos e hospedeiro suscetível. Esses fatores juntos levam a um desequilíbrio no processo de desmineralização e remineralização entre a superfície dentária e a placa adjacente. (RIBEIRO, 2004, <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700012&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700012&script=sci_arttext&tIng=pt)>).

Na criança, o uso de mamadeira, seja no decorrer do dia ou dormir mamando (ambos podendo ser compostos por sucos industrializados, chás adoçados, leite fermentado e leite com carboidratos fermentáveis como o açúcar) contribuem ainda mais para o desenvolvimento da patologia (<LOSSO,2009, <http://www.jpmed.com.br/conteudo/09-85-04-295/port.asp>>).

O sinal clínico inicial de manifestação da doença cárie na infância são manchas brancas e opacas, devido ao acúmulo de biofilme dental. A evolução se caracteriza pelo aparecimento de cavidades com perda de estrutura dental, que, se não tratada, pode levar a destruição de toda coroa do dente e a processos infecciosos radiculares decorrentes de necrose pulpar (LOSSO, 2009, <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/09-85-04-295/port.asp>>).

Logo, a promoção da saúde é uma forma de prevenir a cárie dental e outros problemas, tendo um maior sucesso se realizada em ambientes de convívio social dos pequenos, como as escolas, pois a aquisição de hábitos e comportamentos saudáveis – nesse caso, focado à higiene bucal -, se torna mais eficiente do que o efetivo combate da doença já existente. (CARVALHO, 2013, <<http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n6/v42n6a06.pdf>>).

Devem, ainda, ser feitas, como forma de prevenção e promoção de saúde, algumas atividades complementares em educação para saúde nas escolas com as crianças pequenas, ensinando-os como higienizar-se, os alimentos que devem priorizar e explicando o porquê de seguir tais atitudes.

Com isso em vista, a AAPD (Academia Americana de Pediatria de Dentistas) fez algumas recomendações para os cuidados com crianças pré-escolares em relação à saúde bucal. São eles: a primeira consulta odontológica deve ser realizada entre os 6 meses e 1 ano de idade, para trabalhar os fatores de risco da doença cárie, promovendo a educação para o núcleo familiar; as crianças não devem dormir mamando líquidos contendo carboidratos fermentáveis; o aleitamento materno com livre demanda deve ser evitado após a erupção do primeiro dente e a criança que dormir mamando deve ter os dentes limpos antes de ir para cama; os pais devem ser orientados a oferecerem copos em torno de 1 ano de idade, apenas; evitar o uso de mamadeiras para beber líquidos com carboidratos fermentáveis; iniciar a higiene bucal quando irromper o primeiro dente; deve-se aconselhar o núcleo familiar que evite compartilhar os talheres, assoprar os alimentos, colocar a chupeta do bebê na boca e beijar a

criança na boca, pois isso evita a transmissão vertical de microorganismos (LOSSO, 2009, <<http://www.jped.com.br/conteudo/09-85-04-295/port.asp>>).

### **3.OBJETIVOS**

Os objetivos gerais do presente projeto foram:

- Identificar os fatores de risco para doenças bucais por meio de questionário socioeconômico, hábitos e dieta;
- Realizar a avaliação da condição bucal numa escola da rede de ensino do município de Bauru, SP, com idade entre 2 e 6 anos, utilizando os parâmetros recomendados pela Organização Mundial de Saúde.
- Realizar atividades (palestras, jogos lúdicos, teatro, gincanas) de educação em saúde bucal com crianças de 2 a 6 anos de idade;

Os objetivos específicos do presente projeto foram:

- Mensurar peso e altura das crianças de 2 a 6 anos para obter o IMC e sua classificação nutricional de acordo com o valor encontrado;
- Identificar a prevalência de cárie na amostra de 2 a 6 anos;
- Identificar a prevalência de fluorose dentária na amostra de 2 a 6 anos;
- Identificar a prevalência de traumatismo dentário na amostra de 2 a 6 anos;
- Identificar a necessidade de tratamento na amostra de 2 a 6 anos.

## **4. MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1. Amostra**

A amostra do presente estudo foi constituída por escolares da rede de ensino público (Escolas Municipais de Educação Infantil) do município de Bauru – SP, com idade entre 2 e 6 anos. Todas as crianças (n=130) receberam o TCLE e a ficha de avaliação socioeconômica para que os pais a preenchessem e assinassem. Essas crianças frequentam o Centro Comunitário Assistencial e Educacional Anibal Difrancia, subsidiado pela Prefeitura Municipal de Bauru e também por meio de doações. Dos 130 TCLE entregues, 74 retornaram com a autorização dos pais e questionário preenchido.

Os riscos para a população estudada, ao participar do projeto, foram considerados baixos, uma vez que são apenas aqueles inerentes ao tratamento odontológico.

Os benefícios desse estudo, de maneira geral, permitem o desenvolvimento, a partir da compreensão dos dados coletados, métodos e estratégias que contribuam para o aprendizado da população estudada em relação aos cuidados bucais. Além disso, foi possível verificar a prevalência de determinadas doenças, componentes da dieta, hábitos deletérios, entre outros. Para os participantes, inicialmente foi realizada uma avaliação da condição bucal individual e, as crianças com necessidade de tratamento, foram encaminhadas para a Unidade Básica de Saúde para o tratamento odontológico para o reestabelecimento da saúde bucal. Outro benefício foi a obtenção do panorama da condição bucal da população estudada, a qual pode ser utilizada para o planejamento de propostas de promoção de saúde voltadas para essa população. Esse estudo também teve a colaboração do cirurgião dentista, Gustavo Nardi Nogueira, da Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família do bairro em que a escola está localizada.

### **4.2. Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão adotados para esse estudo foram: a criança deverá estar regularmente matriculada na rede de ensino público; os pais aceitarem a participação do filho por meio da assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e ter o assentimento da criança antes da avaliação bucal.

No presente estudo não haverão critérios de exclusão, todas as crianças foram convidadas a participar do estudo.

#### **4.3. Delineamento do Estudo**

O projeto faz parte do convênio entre o município de Bauru e o Centro Universitário UNISAGRADO.

As avaliações foram realizadas por uma examinadora previamente calibrada e experiente em levantamentos epidemiológicos. O treinamento e a calibração foram realizados de acordo com as recomendações descritas na 4ª edição do Manual para Levantamentos Epidemiológicos da OMS (WHO, 1997).

O treinamento e calibração tiveram como objetivos padronizar a avaliação bucal, utilizando os códigos e critérios preconizados pela OMS (WHO, 1997), além de identificar possíveis discordâncias do examinador, a necessidade de reexames e orientações sobre o preenchimento da ficha, para evitar erros e deixar campos em branco na ficha.

#### **4.4. Recursos Materiais**

Para os exames foram utilizadas espátulas de madeira descartáveis, em número suficiente para a realização dos exames.

#### **4.5. Coleta de Dados e Avaliação dos Escolares**

A coleta dos dados foi realizada após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais/ responsáveis. Para essa coleta, foi utilizado um questionário socioeconômico, com perguntas referentes a condição de vida e hábitos alimentares das crianças voluntárias.

A avaliação antropométrica foi realizada por meio das medidas de peso e altura, de acordo com as técnicas preconizadas pela OMS (WHO, 2000). Essa avaliação foi realizada após as crianças retirarem os sapatos e blusas de frio. Para a classificação, foi utilizado o percentil do IMC, obtido por meio das curvas de crescimento de acordo com o gênero e a idade, utilizando o aplicativo WHO AnthroPlus (disponível no site: (WHO, 2007). Por meio do percentil obtido no aplicativo, os escolares foram classificados seguindo a tabela 1.

Tabela 1. Classificação do IMC para crianças, em percentil

Valores Críticos	Diagnóstico Nutricional
< Percentil 3	Baixo IMC para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	IMC adequado ou Eutrófico
≥ Percentil 85 e < Percentil 97	Sobrepeso
≥ Percentil 97	Obesidade

A avaliação bucal foi realizada seguindo as recomendações e critérios da OMS, utilizando o local com o maior aproveitamento da luz natural. As mesas de foram utilizados para colocar os escolares em decúbito dorsal e as cadeiras para os examinadores e anotadores.

Para registrar a condição bucal das crianças, foi utilizada uma ficha adaptada e simplificada, seguindo as recomendações da OMS. Essa adaptação e simplificação teve como objetivo facilitar o registro dos dados e posterior tabulação, não interferindo na metodologia ou nos resultados.

Foram coletadas informações referentes aos índices e indicadores referentes às idades entre 2 e 6 anos: para a cárie dentária o ceo-s; para fluorose dentária o Índice de Dean e presença de traumatismo dentário.

#### 4.5.1. Aplicação de Questionários

Para a coleta dos dados da condição socioeconômica, utilizou-se um questionário destinado aos pais/responsáveis juntamente com o TCLE, para que, ao concordar com a participação da criança na pesquisa, preenchesse o mesmo. Nesse questionário foi apresentado perguntas referentes à condição socioeconômica, acesso aos serviços de saúde, abastecimento e consumo de água, percepção de saúde bucal, uso de escova, fio dental e dentifrício (ANEXO).

#### 4.5.2. ceo-s (WHO, 1997)

O índice ceo-s, preconizado pela OMS, foi coletado e calculado por meio da soma das superfícies cariadas, extração indicada e obturadas, por meio de letras (WHO, 1997). No total serão avaliadas 88 superfícies dentárias, 5 em cada dente posterior e 4 em cada dente anterior. As superfícies incisais não serão consideradas.

Critérios de diagnóstico:

**A- Hígida** – quando inexistir evidência de cárie tratada ou não. Os estágios da doença que precedem a formação de cavidades não são levados em consideração pela dificuldade de serem detectados em exame clínico comum. Uma coroa é considerada sadia quando apresenta os seguintes sinais:

- Manchas esbranquiçadas;
- Descoloração ou manchas rugosas não amolecidas quando tocadas com sonda periodontal;
- Fóssulas e fissuras de esmalte manchadas de escavação ou amolecimento da base das paredes detectável pela sonda periodontal;
- Áreas do esmalte escuras, brilhantes, manchadas, em um dente com fluorose moderada ou severa;
- Lesões que, pela sua distribuição ou história ou exame visual/ tátil pareçam ser causadas por abrasão.

**B- Cariada** – quando uma lesão em fóssula, fissura ou em superfície lisa (vestibular, lingual, mesial ou distal) apresentar uma cavidade inquestionável, base ou parede com amolecimento detectável, restauração temporária ou ainda que tenha selante mas também estiver cariada. Inclui casos onde só a raiz é remanescente e a destruição da coroa ocorreu por cárie. A confirmação do diagnóstico será feita com sonda periodontal. Sempre que houver dúvida, é codificada a coroa dentária como sadia.

**C- Restaurada e com cárie** – quando uma ou mais restaurações definitivas estiverem presentes e, ao mesmo tempo, uma ou mais áreas estiverem cariadas. Não há associação física com a restauração.

**D- Restaurada e sem cárie** – quando uma ou mais restaurações estão presentes, inexistindo cárie primária ou recorrente em qualquer parte da coroa dentária. Dente com coroa colocada em razão de cárie inclui-se nesta categoria.

**E- Dente perdido devido à cárie** – quando um elemento dentário foi extraído por causa de cárie.

**F- Selante de fissura** – para os casos em que um selante de fissuras foi colocado na superfície oclusal ou se esta foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e estiver cariado, deve ser codificado como

1.

**G- Apoio de ponte, coroa ou Veneer** – indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código pode ser usado para coroas colocadas por outra razão que não a cárie ou para veneers ou laminados que cobrem a superfície vestibular do dente, sempre que não houver evidência de cárie ou restauração. Os dentes extraídos e substituídos por um elemento de prótese fixa são codificados como 4 ou 5.

**T- Traumatismo** – quando uma ou mais superfícies foram perdidas com resultado de trauma e não há evidência de cárie.

**9- Não informado** – para dentes que não podem ser examinados por qualquer razão, por exemplo, pela presença de hipoplasia severa.

Necessidade de tratamento:

**0- Nenhum tratamento** – quando coroa e raiz estão saudáveis ou se a decisão é de que o dente não deva receber qualquer tipo de atenção.

**P- Prevenção/ medidas para a inativação de cárie** – Em caso de diagnóstico de lesões ou de possíveis lesões em estágios tão iniciais que justificam a aplicação de métodos profiláticos ao invés de tratamento clínico.

**F- Selante de fissura** – Sempre que a condição da fissura ou fôssula e a idade do paciente indicar sua aplicação.

1- Restauração de 1 superfície \*

2- Restauração de 2 ou mais superfícies\*

\*Um desses dois códigos deve ser usado para: Tratar cárie em estágio inicial ou avançado; tratar dentes com descoloração ou defeitos de desenvolvimento; Reparar danos devidos ao trauma, abrasão, erosão ou atrição ou substituir restauração ou selantes aplicados de modo insatisfatório.

3- Coroa por qualquer razão;

4- Veneer ou coroa laminada;

5- Cuidado pulpar e restauração – dente que provavelmente necessita de tratamento endodôntico devido à cárie profunda ou extensa, ou em razão de mutilação ou trauma.

6- Extração indicada- Usada nos seguintes casos: Cárie destruiu o dente e este não pode ser restaurado; Doença periodontal avançou de maneira a tornar o dente sem função e não há possibilidade de restaurá-lo ou firmá-lo devolvendo a funcionalidade; Necessidade de remoção por motivos ortodônticos, estéticos ou por acidente;

**7ou 8** – Necessidades de outros cuidados;

**9**- Não informado.

#### **4.5.2. Índice para Fluorose Dentária**

Para a avaliação da presença de fluorose dentária foi utilizado o Índice Dean (1934), recomendado pela OMS. Todos os dentes foram examinados, mas a avaliação da condição individual foi realizada levando-se em consideração apenas os dois dentes mais afetados (casos os dentes mais afetados não estiverem comprometidos de modo semelhante, o valor do menos afetado entre os dois será registrado). As lesões por fluorose, em sua maioria, são bilaterais e simétricas e tendem a apresentar estrias horizontais. Os pré-molares e segundos molares são os dentes mais frequentemente comprometidos, seguindo-se os incisivos superiores. Incisivos inferiores são menos afetados. Os códigos e critérios adotados serão:

- 0- Normal** – O esmalte apresenta translucidez usual com estrutura semi-vitriforme. A superfície é lisa, polida, cor creme clara;
- 1- Questionável** – O esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas. Usar este código quando a classificação “normal” não se justifica;
- 2- Muito leve** – Áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente, mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1 a 2 mm na ponta das cúspides de molares;
- 3- Leve** – A opacidade é mais extensa, mas não envolve mais que 50% da superfície;
- 4- Moderada** – Todo o esmalte dentário está afetado e as superfícies sujeitas à atrição mostram-se desgastadas. Há manchas castanhas ou amareladas frequentemente desfigurantes;
- 5- Severa** – A hipoplasia está generalizada e a própria forma do dente pode ser afetada. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Manchas castanhas generalizadas;
- 8- Excluído** – Quando, por alguma razão (próteses, por exemplo), um indivíduo não puder ser avaliado quanto à fluorose dentária. Utilizar este

código também nas situações em que o exame não estiver indicado (65-74 anos, por exemplo);

#### **9- Sem informação.**

#### **4.6. Tabulação e Análise dos Dados**

As fichas foram previamente numeradas para que sejam digitadas, tabuladas em arquivos do programa Excel 2010 e até o presente momento foram calculadas as médias e porcentagens.

#### **4.7. Atendimento Odontológico**

Após a coleta dos dados, as crianças com necessidade de tratamento odontológico foram encaminhadas para o atendimento na Unidade Básica de Saúde. Até o presente momento não houve a necessidade de encaminhar as crianças avaliadas para o atendimento na clínica de Odontopediatria do Centro Universitário UNISAGRADO.

#### **4.8. Análise Estatística**

Os dados provenientes da coleta de informações foram organizados em tabela em formato Excel (Microsoft Office Excel, Redmond, WA, Estados Unidos) e submetidos ao software SigmaPlot (SigmaPlot, San Jose, CA, EUA) versão 12.0 e analisados em relação à distribuição normal (teste Shapiro-Wilk e equal variance test) e, posteriormente, foi adotado análise considerando a variável independente gênero e as variáveis dependentes: peso, altura e IMC, utilizando-se o teste de Mann-Whitney. Adotou-se um nível de significância de 5% para as análises.

## 5. RESULTADOS

Foram avaliadas 74 crianças, distribuídas de acordo com o gênero na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com o gênero.

<b>gênero</b>	<b>N (%)</b>
<b>Feminino</b>	35 (47,3)
<b>Masculino</b>	39 (52,7)
<b>Total</b>	74 (100)

A tabela 3 apresenta os dados em relação a classificação do IMC para as crianças em percentil, de acordo com o gênero. Podemos observar que entre o gênero feminino meninas maior porcentagem de sobrepeso (48,5%) e entre o gênero masculino a obesidade (35,9%). Após os testes estatísticos, observou-se que não houve diferença estatisticamente em relação a influência do gênero no peso ( $p=0,528$ ); em relação do gênero na altura ( $p=0,958$ ) e em relação ao gênero no IMC ( $p=0,289$ ).

Tabela 3. Classificação do IMC para as crianças de acordo com o gênero

<b>IMC/GÊNERO</b>	<b>FEMININO (%)</b>	<b>MASCULINO (%)</b>
<b>Baixo IMC</b>	3 (8,6)	3 (7,7)
<b>Adequado</b>	7 (20,0)	10 (25,6)
<b>Sobrepeso</b>	17 (48,5)	11 (28,3)
<b>Obesidade</b>	5 (14,3)	14 (35,9)
<b>Sem Informação</b>	3 (8,6)	1 (2,5)
<b>Total</b>	35 (100)	39 (100)

A tabela 4 apresenta os dados relacionados a renda familiar mensal, mostrando que a maioria (41,9%) possui renda familiar mensal entre 999,00 a 1996,00.

Tabela 4. Renda familiar mensal distribuída de acordo com o salário mínimo

<b>Renda</b>	<b>N (%)</b>
<b>Até 998,00</b>	15 (20,3)
<b>de 999,00 a 1996,00</b>	31 (41,9)
<b>1997,00 a 2994,00</b>	14 (18,9)
<b>2.995,00 - 3.992,00</b>	6 (8,1)

<b>Mais de 3.992,00</b>	3 (4,0)
<b>Sem informação</b>	5 (6,8)
<b>TOTAL</b>	74 (100)

Na tabela 5 é apresentada o nível de escolaridade dos pais das crianças, mostrando que em sua maioria apresentam o Ensino Médio Completo.

Tabela 5. Nível de escolaridade dos pais.

<b>Escolaridade</b>	<b>Pai (%)</b>	<b>Mãe (%)</b>
<b>Ensino Fundamental Incompleto</b>	9 (12,2)	2 (2,6)
<b>Ensino Fundamental Completo</b>	8 (10,8)	5 (6,7)
<b>Ensino Médio Incompleto</b>	9 (12,2)	10 (13,4)
<b>Ensino Médio Completo</b>	20 (27,1)	40 (54,0)
<b>Ensino Superior Incompleto</b>	7 (9,4)	3 (4,5)
<b>Ensino Superior Completo</b>	5 (6,7)	8 (10,8)
<b>Alfabetizado</b>	4 (5,4)	4 (5,4)
<b>Não alfabetizado</b>	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Sem Informação</b>	12 (16,2)	2 (2,6)
<b>TOTAL</b>	74 (100)	74 (100)

Em relação a pergunta aos pais sobre a criança já ter ido ao dentista, 33 responderam que nunca foram ao dentista, 39 relataram já terem levado e 2 não responderam à pergunta. Na pergunta sobre o tipo de serviço que a criança teve acesso, apenas 3 relataram ter procurado dentista particular e 35 relataram ter levado no serviço público.

A tabela 6 apresenta os dados relacionados a presença de cárie dentária em dentes decíduos e permanentes.

Tabela 6. Presença de cárie dentária em dentes decíduos e permanentes.

<b>Cárie Dentária</b>	<b>N (%)</b>
<b>Crianças Livres de Cárie</b>	69 (93,2)
<b>Cárie em Dente Decíduo</b>	3 (4,1)
<b>Cárie em Dente Permanente</b>	0 (0,0)
<b>Cárie em Dente Decíduo e Permanente</b>	2 (2,7)
<b>Total de crianças avaliadas</b>	74 (100)

Em relação a fluorose, foram registradas apenas duas crianças com grau de fluorose questionável. A presença de traumatismo dentário não foi registrada em nenhuma criança avaliada.

## 6. DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi constituída por 74 crianças regularmente matriculadas no Centro Comunitário Assistencial e Educacional Anibal Diffrancia, em que os pais responderam o questionário e realizada a avaliação bucal para verificar a prevalência da cárie dentária, fluorose e traumatismo dentário.

Em relação ao questionário, verificou-se que da saúde geral das crianças, verificou-se maior porcentagem de crianças com sobrepeso e obesidade. Os resultados em relação a obesidade vão de encontro aos dados divulgados pelo Ministério da Saúde, mostrando que em 2019, 14,8% das crianças menores de 5 anos e 28,1% das crianças entre 5 e 9 anos, acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, apresentaram excesso de peso e 7% e 13,2% apresentaram obesidade (Brasil, 2019). Dentre os fatores para essa condição, podemos citar o fato de que pessoas com condições socioeconômicas mais elevadas conseguem ter mais acesso aos alimentos mais saudáveis, organização do tempo para a prática de exercícios físicos e maior interesse às informações sobre hábitos saudáveis. Entre os indivíduos com condição mais baixa, parece ocorrer o contrário, pois consomem maior quantidade de alimentos de origem animal, gordura saturada, açúcares e, em sua maioria, não conseguem organizar seus horários para atividade física (Marmot et al., 1997). Além disso, os indivíduos com menor nível socioeconômico, têm menos acesso ao atendimento odontológico e informações sobre instruções de higiene bucal.

O acesso ao atendimento odontológico no serviço público é limitado, uma vez que a demanda é muito maior do que a oferta de serviços. Todavia, o município de Bauru pode ser considerado privilegiado, visto que, além do serviço público, possui três cursos de graduação em Odontologia e vários institutos que oferecem cursos de especialização e residência, favorecendo o atendimento odontológico da população. Os cursos de graduação são fundamentais para as atividades de educação em saúde bucal nas escolas e Unidades Básica de Saúde e Unidades de Saúde da Família. Infelizmente, devido a pandemia, essas atividades foram suspensas, e essas atividades, quando possível, foram realizadas de forma online.

Em relação a presença de cárie dentária, a amostra apresentou baixa prevalência, assim como baixa prevalência em fluorose e traumatismo dentário.

A associação entre cárie dentária e obesidade ainda é considerada controversa, pois ambas são multifatoriais e possuem como mesmo fator de risco o açúcar (Traebert et al., 2004).

Além disso, a baixa prevalência de cárie dentária pode estar associada a fluoretação da água de abastecimento e também ao fato de que o Centro Comunitário fica em frente a Unidade de Saúde da Família da Vila São Paulo, contribuindo para as atividades de orientação de higiene bucal, avaliação e acompanhamento das crianças que estão regularmente matriculadas.

## **7. CONCLUSÃO**

Diante dos resultados, pode-se concluir que a condição socioeconômica não afetou a condição bucal das crianças de forma estatisticamente significativa. As atividades de educação em saúde são importantes para conscientizar as crianças e se acostumarem com a rotina da higiene pessoal e bucal.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA CM, PETERSEN PE, ANDRÉ SJ, TOSCANO A. Changing oral health status of and 12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dent Health*. 2003; 20 (4): 211-6.
2. AL-MOHAMMADI SM, RUGG-gun AJ, BUTLER TJ. Caries prevalence in boys aged 2, 4 and 6 years according to socio-economic status in Riyadh, Saudi Arabia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25: 184-6.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Obesidade, como prevenir desde cedo. Acesso em 31/08/2021: <https://saudebrasil.saude.gov.br/ter-peso-saudavel/obesidade-infantil-como-prevenir-desde-cedo>.
4. BONECKER JMS, ARDENGHI TM, OLIVEIRA LB, SHEIMAN A, MARCENES W. Trends in dental caries in 1- to 4-year-old children in Brazilian city between 1997 and 2008. *Int J Paediatric Dent*. 2010; 20 (2): 125-31.
5. BURT VJ, ROB MI, CRAIG GG, LAWSON JS. Changes in the caries experience of 12 years old Sidney school children between 1963 and 1982. *Med J Aust*. 1984; 140:405-10.
6. BURTON VJ, ROB MI, CRAIG GG, LAWSON JS. Changes in the caries experience of 12 years old Sidney school children between 1963 and 1982. *Med J Aust*. 1984; 140: 405-10.
7. DOWNER MC. Caries experience and sucrose availability: and analysis of the relationship in the United Kingdom over fifty years. *Community Dental Health*. 1999; 16:18-21.
8. FREYSLEBEN GR, PERES MMA, MARCENES W. Prevalência de cárie e CPO-D médio em escolares de doze e treze anos de idade nos anos de 1971 e 1997, região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34 (3): 304-8.
9. HAN DH, KIM JB, PARK DY. The decline in dental caries among children of different ages in Korea, 2000-2006. *Int Dent J*. 2010; 60(5):329-35.
10. JOKOVIC A, LOCKER D, STEPHENS, M, KENNY D, TOMPSON B, GUYATT G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res*. 2002; 81 (7): 459-63.
11. KLEIN H, PALMER CE. Dental Caries in American Indian children. In: *Public Health Bulletin*. Washington, DC: Government Printing Office; 1937. Technical Report nº 239.
12. Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld S. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*. 1997;350(9073):235-239.
13. MARTINS RJ, GARBIN CA, GARBIN AJ, MOIMAZ SA, SALIBA O. Declining caries rate in a municipality in Northwestern São Paulo State, Brazil, 1998-2004. *Cad Saúde Pública*. 2006. 22(5): 1035-41.
14. MENEGHIM MC, KOZLOWSKI FC, PEREIA AC, AMBROSANO GM, MENEGHIM ZM. A socioeconomic classification and discussion related to prevalence of dental caries and dental fluorosis. *Cien Saúde Colet*. 2007. 12(2): 523-9.

15. NADANOVSKY, P. O declínio da cárie In: PINTO VG. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos; 2000.
16. OLIVEIRA, AGRC. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil, Fundamentos de Odontologia - Epidemiologia da Saúde Bucal, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira, Tatyana MS Souza.
17. TAGLIAFERRO EP, AMBROSANO GM, MENEGHIM MdeC, PEREIRA AC. Risk indicators and risk predictors of dental caries in schoolchildrens. J App Oral Sci. 2008. 16(6): 408-13.
18. THYLSTRUP A, FEJERSKOV O. Clinical appearance of dental fluorosis in permanent teeth in relation to histologic changes. Comm Dent Oral Epidemiol. 1978; 3: 315-28.
19. Traebert J, Moreira EAM, Bosco VL, Almeida ICS. Transição alimentar: problema comum à obesidade e à cárie dentária Rev Nutr. 2004;17(2):247-253.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods.** 4<sup>th</sup>. ed. Geneva, WHO, 1997.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Consultation WHO Technical Report Series 894 Geneva: World Health Organization. 2000.

## ANEXOS

### ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU, Profa. Joselene Martinelli Yamashita, do curso de Odontologia, da Universidade Sagrado Coração, localizada na Rua Irmã Armanda 10-50, Jardim Brasil, Bauru – SP, CEP 17011-160, telefone: 14996026035, sou a responsável pelo projeto “Avaliação da condição bucal de escolares de 2 a 6 anos de idade” e estou convidando você para participar como voluntário deste projeto. É importante esclarecer que a sua não aceitação em participar da pesquisa não prejudicará seu/sua filho/a. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a condição bucal das crianças e necessidade de tratamento.

Este estudo é de grande importância para aprofundar o conhecimento em relação à condição bucal dos escolares. Os resultados desta pesquisa, sendo aprovados por respectivo Conselho Editorial, poderão ser publicados e, ainda assim, a sua identidade e de seu/sua filho/a será preservada. Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa.

Após aceitar participar da pesquisa, o Sr./ Sra. irá responder um questionário para obter informações do perfil do seu filho. Todos os participantes da pesquisa receberão instruções sobre os cuidados com a saúde bucal e sobre como ajudar a criança a perder o medo do dentista durante o tratamento. As informações obtidas são confidenciais e utilizadas apenas para os objetivos da pesquisa. Caso algum detalhe não esteja claro, o Sr/Sra. Poderá solicitar maiores esclarecimentos com a pesquisadora antes de definir se deseja ou não participar da pesquisa.

Os riscos para os indivíduos que participam desta pesquisa são praticamente zero. Uma vez que haverá a aplicação de um questionário e a avaliação bucal, apenas visual, procedimentos que não são invasivos e/ou irreversíveis. Caso seja diagnosticado alguma necessidade de tratamento, a criança será encaminhada para tratamento odontológico na Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo e em casos mais complexos, para a clínica de Odontopediatria da Universidade Sagrado Coração.

Sua participação é voluntária, é importante esclarecer que a sua não aceitação em participar da pesquisa não oferecerá nenhum prejuízo ao tratamento de seu/sua filho/a. Assim como, se houver vontade em abandonar o estudo em qualquer momento, poderá retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa, sem que isto traga qualquer prejuízo pessoal.

Os dados individuais de vocês serão mantidos em sigilo, sendo manipulados somente pela responsável da pesquisa, assegurando proteção de sua imagem e respeitando valores morais, culturais, religiosos, éticos e sociais. Os resultados obtidos serão analisados e posteriormente divulgados para todos os interessados, a população em geral e em eventos científicos, mas sua identidade não será divulgada nestas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer informações que permitam sua identificação. A pesquisadora estará a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa.

Todo participante receberá uma cópia deste documento (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO) que será assinado e poderão ter acesso ao resultado final da pesquisa caso assim deseje. Também é garantido ao paciente retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar

da pesquisa, sem que isto traga qualquer prejuízo pessoal. É importante ressaltar que o paciente não será pago e não terá gasto algum ao consentir em participar da pesquisa, bem como a Universidade Sagrado Coração que está isenta de qualquer responsabilidade na realização deste estudo. Informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento do estudo, para contato em caso de dúvidas: Joselene Martinelli Yamashita Rua Irmã Arminda 10-50, Jardim Brasil, CEP:17011-160. Telefone: 14996026035. Em caso de dúvida sobre o processo ético de aprovação e acompanhamento desta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Sagrado Coração, Prof. Dr. Marcos da Cunha Lopes Virmond, telefone: (14)21077233 ou pelo email: [comitedeeticadehumanos@usc.br](mailto:comitedeeticadehumanos@usc.br) ou pelo endereço: Rua Irmã Arminda 10-50, Jardim Brasil, CEP:17011-160. Caso tenha interesse, você poderá ter acesso aos resultados finais da pesquisa. Através desse documento você declara conhecer a Resolução Ética CNS 466/12. Você receberá uma cópia deste documento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) assinado pelo pesquisador principal.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr (a)

\_\_\_\_\_  
 portador (a) da cédula de  
 identidade \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa  
 das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
 ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos  
 detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não  
 restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu  
**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da  
 pesquisa proposta.

Fica claro que o participante da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológica).

Por fim, como pesquisador (a) responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV. 3 e IV.4, este último se pertinente, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV. 3.f e IV. 5.d.

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

Bauru - SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Sujeito da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
 Joselene Martinelli Yamashita

## ANEXOS

### ANEXO II – ASSENTIMENTO INFORMADO

#### Assentimento Informado

O termo abaixo foi elaborado conforme os termos da Resolução 466/12 CNS/MS.

Assentimento informado para crianças de 2 a 6 anos regularmente matriculadas na Escola Municipal Centro Comunitário Assistencial e Educacional Anibal Difranca, as quais estão convidadas a participar da pesquisa “Avaliação da condição bucal de escolares de 2 a 6 anos de idade”.

#### Introdução

Meu nome é Joselene Martinelli Yamashita, sou dentista e meu trabalho é cuidar da boca e dos dentes das pessoas. Estou aqui para ver se os dentinhos das crianças têm ou não o bichinho da cárie ou qualquer doença que esteja estragando e prejudicando os seus dentinhos.

Se você concordar, no tempo que estivermos juntos, você terá sua boca examinada, iremos anotar tudo o que foi encontrado. Caso alguma criança precise de tratamento, nós iremos encaminhar para o dentista do postinho, que vai cuidar dos dentinhos que estiverem doentes.

Você pode escolher se quer participar ou não. Os seus pais/responsáveis já estão sabendo dessa pesquisa e também sabem que só iremos fazer o exame se você concordar. E você só poderá participar se os seus pais concordarem também. Você pode decidir se quer ou não participar depois de ter conversado sobre a pesquisa e não precisa ser rápido. Pode ser que tenha algumas palavras que você não entenda ou alguma coisa que você queira que explique com mais detalhes, você pode me pedir a qualquer momento, que explicarei.

#### Objetivos

O nosso objetivo é tentar descobrir como está a condição dos dentes e boca das crianças da sua idade. Sabendo isso, nós poderemos ajudar a prevenir o aparecimento ou que que piore as doenças da boca. Além disso, ter novas idéias e atividades para que todos possam entender melhor como e porque cuidar dos dentes, para evitar futuras doenças.

#### Escolha dos Participantes

As crianças com idade entre 2 a 6 anos de idade e matriculadas na Escola Municipal Centro Comunitário Assistencial e Educacional Anibal Difranca estão sendo avaliadas para saber a condição da boca e dos dentes.

#### Voluntariedade da Participação

Você não precisa participar dessa pesquisa se não quiser. Você é quem decide. Se você decidir não participar, nós iremos respeitar e mesmo que diga sim e depois mude de idéia, também iremos respeitar, sem nenhum problema.

#### Procedimentos

Para o exame, ficaremos do lado de fora da sua sala de aula, nós iremos ficar sentados em uma cadeira e você ficará em pé na nossa frente, com a boquinha aberta por alguns minutos. Nesse tempo, nós iremos olhar todos os seus dentinhos e anotar na nossa ficha informações referentes a cada um deles, para que depois seja possível, olhando o papel, que nós tenhamos uma conclusão sobre sua condição bucal e necessidade ou não de tratamento.

Seus pais preencherão uma ficha para nos contar sobre a forma que você se alimenta ao longo dos dias, e assim, juntando as informações da sua boquinha e as que seus pais responderam, conseguiremos entender melhor seus hábitos

e cuidados com a saúde da sua boquinha. Além disso, também conseguiremos ter uma noção da condição bucal das crianças da sua idade e da escola. As crianças que necessitarem de tratamento dos dentinhos serão encaminhadas para a Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo.

#### Riscos e Desconfortos

O tratamento odontológico é considerado seguro, mas se qualquer coisa incomum acontecer a você, precisaremos saber e você poderá nos contar quando quiser, assim como perguntar sobre qualquer dúvida que tiver. Durante o tratamento, pode ser que precise fazer o seu dente dormir (anestesia), pode ser que você sinta uma picadinha nesse momento, mas passará rapidamente. Os riscos para você são apenas aqueles que podem ocorrer em qualquer tratamento odontológico simples, como a sensibilidade e um desconforto devido à anestesia.

#### Benefícios

Caso não tenha necessidade de nenhum tratamento, você terá o benefício de participar das palestras e demais atividades que forem desenvolvidas para os alunos da sua escola. Nessas atividades você aprenderá mais sobre a importância de escovar os dentes e cuidar da saúde da boca.

#### Confidencialidade

Não iremos contar para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não compartilharemos informação sobre você, somente com as pessoas que estão trabalhando nessa pesquisa. Os dados coletados aqui são de uso exclusivo dos pesquisadores e qualquer informação sobre você terá um número e não o seu nome. Somente os pesquisadores saberão qual é esse número e manteremos em segredo.

#### Divulgação dos resultados

Quando terminarmos a pesquisa, você será informado sobre os seus resultados e caso tenha necessidade de tratamento, como esse deverá ser feito.

#### Direito de recusa ou retirada do assentimento informado

Você não está sendo obrigado a participar desta pesquisa, Ninguém ficará irritado ou desapontado com você se você disser “não”: a escolha é sua. Você pode pensar nisto e falar depois se você quiser. Você pode dizer “sim” agora e mudar de idéia depois e tudo continuará bem.

#### Contato

Caso você tenha alguma dúvida, poderá me perguntar ou depois que fizermos a pesquisa. Eu escrevi um número de telefone e endereço, onde você ou seus pais podem nos localizar, ou se você estiver por perto, poderá vir e nos ver.

#### Parte II – Certificado do Assentimento

Eu entendi que terei minha boca examinada por um dentista dentro da minha escola, e que ele fará anotações sobre a condição da minha boca e dentes. Entendi também que, se o dentista achar necessário, o dentista da Unidade Básica de Saúde será informado e serei chamado para o tratamento dos meus dentes. Após o fim da pesquisa, os dentistas voltarão à minha escola para passar novas informações para mim e meus colegas a partir dos resultados que tiverem recolhido após os exames e tratamentos.

(COMO AS CRIANÇAS EXAMINADAS TERÃO ENTRE 2 e 6 ANOS, NÃO SERÁ POSSÍVEL TER AS ASSINATURAS).

A criança concordou verbalmente ou assentiu com a cabeça: ( ) SIM ( ) NÃO

Assinatura dos pais ou responsáveis \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador \_\_\_\_\_  
Dia/mês/ano/Local \_\_\_\_\_

## ANEXOS

ANEXO 3 QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO (MENEHIM et al., 2007 adaptado)

PROJETO: Avaliação da condição bucal de escolares de 2 a 6 anos de idade

FICHA No.: \_\_\_\_\_ ESCOLA \_\_\_\_\_

PERÍODO: \_\_\_\_\_ CLASSE: \_\_\_\_\_

PROFESSORA: \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_

NOME DO ALUNO: \_\_\_\_\_

Senhores pais ou responsáveis pelo (a) aluno (a): Solicitamos **PREENCHER COM "X" A LETRA CORRESPONDENTE EM CADA QUESTÃO** do presente questionário, que muito nos auxiliará no desenvolvimento do projeto, antecipando-lhes que os dados coletados serão tratados de forma confidencial, não sendo identificados em hipótese alguma.

1. **Situação econômica da família (Renda Familiar Mensal)**

- A.  Até R\$ 937,00.
- B.  R\$ 937,00 a R\$ 1,834,00
- C.  R\$ 1.834,00 a R\$ 2.811,00
- D.  R\$ 2.811,00 a R\$ 3.748,00
- E.  R\$ 3.748,00 a R\$ 4.685,00
- F.  R\$ 4.685,00 a R\$ 5.622,00
- G.  Acima de R\$ 5.622,00

2. **Número de pessoas na família**

- A.  Até 2 pessoas.
- B.  3 pessoas.
- C.  4 pessoas.
- D.  5 pessoas.
- E.  6 pessoas.
- F.  Acima de 6 pessoas.

3. Número de cômodos na casa (não contar o banheiro): \_\_\_\_\_

4. **Escolaridade do pai ou responsável**

Pai Mãe

- A.   Não alfabetizado.
- B.   Alfabetizado.
- C.   Ensino Fundamental Incompleto (antigo primário).
- D.   Ensino Fundamental Completo (antigo primário).
- E.   Ensino Médio Incompleto (antigo colegial).
- F.   Ensino Médio Completo (antigo colegial).
- G.   Ensino Superior Incompleto.

H.   Ensino Superior Completo.

5. **Condição da habitação (Moradia, casa).**

- A.  Residência própria quitada.
- B.  Residência própria com financiamento.
- C.  Residência cedida pelos pais ou parentes.
- D.  Residência cedida em troca de trabalho.
- E.  Residência alugada.
- F.  Residência cedida por não ter onde morar.

6. **Trabalho dos pais/responsáveis:**

Pai Mãe

- A.   Desempregado.
- B.   Aposentado/ Pensionista.
- C.   Atividades domésticas.
- D.   Trabalhador, não registrado em carteira.
- E.   Trabalhador, registrado em carteira.
- F.   Funcionário público.
- G.   Sem informação.

7. Recebe algum auxílio do governo? (ex: bolsa família, leite, etc)

---

8. Seu/sua filho/a nasceu em Bauru?  Sim  Não  
Se não, nos informe desde que idade mora nesta cidade: Desde \_\_\_\_\_ anos.

9. Seu/sua filho/a já foi ao dentista alguma vez na vida?

- A.  Sim.
- B.  Não.

10. Há quanto tempo seu/sua filho/a foi ao dentista pela última vez?

- A.  Nunca foi.
- B.  Menos de 1 ano.
- C.  De 1 a 2 anos.
- D.  3 anos ou mais.

11. Onde seu/sua filha foi ao dentista pela última vez?

- A.  Nunca foi.
- B.  Serviço Público.
- C.  Serviço Particular.
- D.  Convênios ou Planos de Saúde.
- E.  Serviços filantrópico.
- F.  Outros.

12. Por qual motivo que seu filho foi ao dentista pela última vez?

- A.  Nunca foi.
- B.  Consulta de rotina.

- C.  Cárie.
- D.  Problema na gengiva.
- E.  Quebrou um dente.
- F.  Boca inchada.
- G.  Ferida, caroço ou mancha na boca.
- H.  Dor.

13. Como avalia o atendimento que seu filho teve no dentista?

- A.  Nunca foi.
- B.  Péssimo.
- C.  Ruim.
- D.  Regular.
- E.  Bom.
- F.  Ótimo.

14. Seu filho teve dor de dentes nos últimos 6 meses? O quanto de dor?

- A.  Nenhuma dor.
- B.  Pouca dor.
- C.  Muita dor.

15. Acha que seu filho precisa de tratamento dentário hoje?

- A.  Sim.
- B.  Não.

16. De onde vem a água de abastecimento que vocês utilizam (usada para beber e preparar os alimentos)?

- A.  Água tratada – Tratamento público (DAE – Departamento de Água e Esgoto de Bauru)
- B.  Água de poço, nascente.
- C.  Água do rio.
- D.  Água de galão (mineral).
- E.  Outra fonte (informar). \_\_\_\_\_
- F.  Não sabe.

17. Seu/sua filho/a usa pasta de dente?  Sim  Não

Se sim, informe o nome, a frequência e o tipo de escova.

Nome da pasta de dente: \_\_\_\_\_.

Escova \_\_\_\_\_ vezes ao dia.

Tipo de escova de dentes:  Dura  Média  Macia  Não possui escovas de dentes.

Desde qual idade seu/sua filho/a escova os dentes? \_\_\_\_\_

18. Amamentação

- A.  Não mama.
- B.  Peito Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia
- C.  Mamadeira Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia

Conteúdo (tipo de leite, se coloca açúcar e a quantidade):

---

Desmame: \_\_\_\_\_ meses.

19. Amamentação Noturna:

- ( ) Não mama.  
 ( ) Peito ( ) Para dormir.  
 ( ) Dormir mamando.  
 ( ) Acorda para mamar \_\_\_\_\_ vezes.

- ( ) Mamadeira ( ) Para dormir.  
 ( ) Dormir mamando.  
 ( ) Acorda para mamar \_\_\_\_\_ vezes.

20. Alimentação

Adoçantes:

- ( ) Adoçantes. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia  
 ( ) Açúcar refinado. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia  
 ( ) Mel. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia

Líquidos:

- ( ) Chá. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia  
 ( ) Refrigerante. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia  
 ( ) Suco natural sem açúcar. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia  
 ( ) Suco natural com açúcar. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia  
 ( ) Suco artificial. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia  
 ( ) Iogurte e similares. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia

Sólidos

- ( ) Biscoitos maisena/leite/salgado. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia  
 ( ) Bolacha recheada. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia  
 ( ) Comida caseira. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia  
 ( ) Frutas. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia  
 ( ) Balas – Pirulitos - chicletes. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia  
 ( ) Chocolate. Frequência: \_\_\_\_\_ vezes/dia

21. Hábitos

- ( ) Chupeta:  
 ( ) O dia inteiro.  
 ( ) Para dormir.  
 ( ) Usou até \_\_\_\_\_ anos de idade.  
 Tipo: \_\_\_\_\_

- ( ) Sucção do dedo:  
 ( ) O dia inteiro.

- Para dormir.
- Sucção do dedo até\_\_\_\_\_ anos de idade.
  
- Onicofagia (roer unhas)
- Interposição da língua entre os dentes.
- Bruxismo.
- Outros.

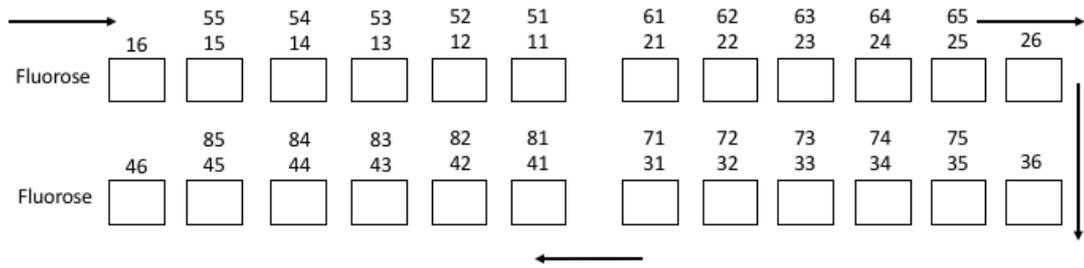
22. Medicação

Medicamento:

---

Motivo: \_\_\_\_\_





## Anexo V – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

## ANEXOS

### ANEXO V – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO SAGRADO  
CORÇÃO



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da condição bucal de escolares de 2 a 6 anos de idade

**Pesquisador:** Joselene Martinelli Yamashita

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 73909217.9.0000.5502

**Instituição Proponente:** Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.245.306

##### Apresentação do Projeto:

O projeto está bem elaborado e apresentado.

##### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as condições socioeconômicas e bucais de crianças de 2 a 6 anos que frequentam uma escola municipal de Bauru.

##### avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são praticamente inexistentes uma vez que as avaliações serão realizadas por meio de exame visual; não há metodologia invasiva.

Os benefícios se relacionam ao conhecimento dos agravos em questão na população alvo.

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo Transversal, que será composto por uma amostra de 130 crianças. A pesquisa será realizada em duas etapas: a primeira o aceite dos pais e preenchimento do questionário socioeconômico e informações sobre os hábitos alimentares, higiene bucal e deletérios da criança; a segunda etapa será a avaliação bucal das crianças. Para essa avaliação, serão utilizados os índices preconizados pela Organização Mundial da Saúde. A cárie dentária será analisada por meio do CPO -D/ CPO-S para dentes permanentes e ceo-d/ceo-s para dentes decíduos. Para avaliar a fluorose, será utilizado o índice de Dean. Além disso serão coletadas as informações de peso e altura da crianças para análise

**Endereço:** Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

**Bairro:** Rua irmã Arminda N° 10-50

**CEP:** 17.011-160

**UF:** SP

**Município:** BAURU

**Telefone:** (14)2107-7051

**E-mail:** comitodeeticadefumanos@usc.br

Continuação do Parecer: 2.246.306

antropométrica (IMC por percentil).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão apresentados adequadamente.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_979986.pdf	18/08/2017 21:30:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	18/08/2017 21:29:34	Joselene Martinelli Yamashita	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	18/08/2017 21:27:07	Joselene Martinelli Yamashita	Aceito
Outros	questionario_avaliacao_bucal.pdf	16/08/2017 09:00:27	Joselene Martinelli Yamashita	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/08/2017 08:57:26	Joselene Martinelli Yamashita	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	16/08/2017 08:54:20	Joselene Martinelli Yamashita	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BAURU, 29 de Agosto de 2017

Assinado por:  
Marcos da Cunha Lopes Virmond  
(Coordenador)

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Bairro: Rua Imã Arinda Nº 10-50 CEP: 17.011-160  
UF: SP Município: BAURU  
Telefone: (14)2107-7051 E-mail: comitedeeticadehumanos@usc.br